



CONSENSO ALLA COMUNICAZIONE DI DATI PERSONALI E INFORMAZIONI SULLO STATO DI SALUTE DI PERSONA INCAPACE O IMPOSSIBILITATA (Modulo C1)

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____

Residente a _____

Codice Fiscale _____

Tel. _____ Cell. _____

In qualità di Amministratore/Tutore/Curatore/Familiare o altro(specificare _____)del/della Sig./Sig.ra:

Nome e Cognome _____

Nato/a a _____

Residente a _____

Codice Fiscale _____

Preso visione dei contenuti dell'Informativa ex art. 13 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR)

ACCONSENTE

SI

NO

alla comunicazione dei dati personali dell'Assistito/a e relativi al suo stato di salute a:

	nome	cognome	indirizzo	telefono
<input type="radio"/> Familiare	_____	_____	_____	_____
<input type="radio"/> Medico Curante	_____	_____	_____	_____
<input type="radio"/> Altro	_____	_____	_____	_____

Data _____

Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)

Firma del Responsabile/Incaricato del trattamento dei dati (per esteso e leggibile)